



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53329 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61F 9/00  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ РЕПОЗИЦІЇ ІНТРАОКУЛЯРНОЇ ЛІНЗИ, ДИСЛОКОВАНОЇ В СКЛОПОДІБНЕ ТІЛО АБО НА ОЧНЕ ДНО**

1

(21) u201000891

(22) 29.01.2010

(24) 11.10.2010

(46) 11.10.2010, Бюл.№ 19, 2010 р.

(72) КРАСНОВИД ТЕТЯНА АНДРІЇВНА, СІДАК-ПЕТРЕЦЬКА ОКСАНА СТЕПАНІВНА, НАРОВЧЕНКО ТЕТЯНА ВІТАЛІЇВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ОЧНИХ ХВОРОБ І ТКАНИННОЇ ТЕРАПІЇ ІМ. В.П. ФІЛАТОВА АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

2

(57) Спосіб репозиції інтраокулярної лінзи, дислокованої в склоподібне тіло або на очне дно, що включає транскіліарну субтотальну вітректомію, захоплення інтраокулярної лінзи з наступним переміщенням її в передню камеру, який **відрізняється** тим, що канюлею для дренування субретинальної рідини проводять вакуумну фіксацію інтраокулярної лінзи, утримують і здійснюють її переміщення в передню камеру.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до офтальмології, і може бути використана для репозиції інтраокулярної лінзи (ІОЛ) з порожнини скловидного тіла або очного дна в передню камеру. Через розріз у плоскій частині циліарного тіла, канюлею для дренування субретинальної рідини (СРР), шляхом вакуумної фіксації ІОЛ захоплюється й переводиться в передню камеру. Потім проводиться шовна фіксація ІОЛ до райдужки чи склери або імплантується на фрагменти капсульного мішка. Спосіб дозволяє атравматично фіксувати (захоплювати) ІОЛ на сітківці й репонувати її із заднього відділу ока в передню камеру, що дозволить одержати більш високу гостроту зору.

Опис корисної моделі: Корисна модель відноситься до медицини, а саме до офтальмології, і може бути використана для репозиції ІОЛ, повністю вивихнутої в скловидне тіло або на очне дно.

Відомий спосіб репозиції ІОЛ з порожнини скловидного тіла мікрокрючком. Через склеротомію в плоскій частині циліарного тіла вводять мікрокрючок, а його робочу частину вставляють в репозиційний отвір лінзи і піднімають її з очного дна. Через рогівковий парацентез вводять мікрошпатель, з допомогою якого лінзу через зіницю переводять в передню камеру. (RU патент 2271180). Недоліком такого способу є те, що не всі сучасні ІОЛ мають репозиційний отвір.

Найбільш близьким до запропонованого нами способу є спосіб, що включає розріз у плоскій частині циліарного тіла, субтотальну вітректомію, за-

хоплення дислокованої ІОЛ вітреальним цанговим пінцетом і переміщення її в передню камеру, з наступною шовною фіксацією лінзи до райдужки чи склери, або репозиція ІОЛ проводиться на збережений передній круговий капсулорексис без шовної фіксації (Стебнев С.Д. Интраоперационные повреждения связочно-капсулярного компонента хрусталика при экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией искусственного хрусталика; хирургическая тактика // В кн.: Материалы IV Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. - Екатеринбург, 2006. - С.22-23).

Однак використання цангового пінцета для захоплення штучного кришталика на очному дні збільшує ризик операційних ускладнень таких як, ятрогенний розрив сітківки, відшарування сітківки, кровотеча.

Завданням корисної моделі є розробка атравматичного способу захоплення й переміщення в передню камеру ІОЛ, повністю вивихнутої в скловидне тіло або на очне дно.

Поставлене завдання може бути вирішено тим, що в способі репозиції інтраокулярної лінзи дислокованої в скловидне тіло або на очне дно, що включає захоплення інтраокулярної лінзи з наступним переміщенням її в передню камеру, згідно з корисною моделлю, для захоплення й репозиції ІОЛ використовують канюлю для дренування субретинальної рідини. Результатом, що досягається при використанні корисною моделлю, є зниження операційних і післяопераційних ускла-

(13) U

(11) 53329

(19) UA

днень за рахунок зменшення ризику ушкодження сітківки при фіксації (захопленні) і переміщенні дислокованої ІОЛ з очного дна. Корисна модель

дозволить підвищити ефективність і надійність способу, а також знизить його травматичність. Причинно-наслідкові зв'язки:

| Причина  | Наслідок  |
|--|---|
| Використання канюлі для дренажу субретинальної рідини для репозиції в передню камеру інтраокулярної лінзи, дислокованої в скловидне тіло або на очне дно | - Канюля підводиться до оптичної частини ІОЛ і не торкається сітківки, що виключає інтраопераційну травму сітківки і таким чином дозволяє уникнути ятрогенних розривів, розвитку відшарування сітківки й крововиливів;<br>- Немає необхідності в придбанні дороговартісного цангового пінцету |

Спосіб здійснюється наступним шляхом. Під місцевою субтеноновою анестезією накладається повікорозширювач. Розріз кон'юнктиви й склери (склеротомія 1,0мм) в 3,0-4,0мм від лімба, які розташовані в нижньо-зовнішньому, верхньо-внутрішньому і верхньо-зовнішньому квадрантах. У склеротомію в нижньо-зовнішньому квадранті підшивається канюля для внутрішньоочної іригації. Дві склеротомії, які залишилися використовуються для введення світловода та вітреотому або канюлі для дренажу СРР (бек-флешка). Виконується тунельне видалення скловидного тіла, при цьому особливо ретельно звільняється дислокована ІОЛ від вітреальних волокон. Наконечник вітреотома змінюється на канюлю для дренажу СРР. До оптичної частини ІОЛ підводять канюлю в закритому стані. Потім вона відкривається шляхом від-

ведення пальця, який закриває проксимальний кінець канюлі. Відбувається вакуумна фіксація лінзи до кінчика канюлі. Канюля разом з лінзою піднімається в передні відділи скловидного тіла. У передню камеру спочатку заводиться гаптичний елемент, оптична частина і потім другий гаптичний елемент. У момент виведення оптики й другого гаптичного елемента в передню камеру використовується наконечник світловода, що перебуває в іншій руці хірурга, для підтримки ІОЛ. Наступним етапом операції є шовна фіксація ІОЛ у задній камері будь-яким відомим способом, або імплантується на фрагменти капсульного мішка. На склеротомії й кон'юнктиву накладаються вузлові шви (7/0). Операція закінчується введенням розчину антибіотика й кортикостероїда субкон'юнктивально.